

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 110

LES
LUXATIONS SPONTANÉES

DU CRISTALLIN TRANSPARENT

chez les Myopes

(LUXATIONS PROGRESSIVES)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19. Juillet 1907.

PAR

Ernest-Louis CLAVEL

Né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure), le 31 janvier 1882

Examineurs de la Thèse

{	MM. BADAL, professeur.....	} <i>Président</i>
	DENUCE, professeur.....	
	CHAVANNAZ, agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	CABANNES, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 110

LES
LUXATIONS SPONTANÉES

DU CRISTALLIN TRANSPARENT

chez les Myopes

(LUXATIONS PROGRESSIVES)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juillet 1907.

PAR

Ernest-Louis CLAVEL

Né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure), le 31 janvier 1882

Examinateurs de la Thèse

{	MM. BADAL, professeur.....	Président
	DENUCE, professeur.....	
	CHAVANNAZ, agrégé.....	Juges.
	CABANNES, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.		MM.	
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
Clinique externe.....	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu-	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
tique générales.....	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Thérapeutique.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Médecine opératoire..	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Clinique d'accouchements	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Anatomie pathologique	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	DENUCÉ
Anatomie.....	LEFOUR.	fantile et Orthopédie.	BOURSIER.
Anatomie générale et	COYNE.	Clinique gynécologique.	
histologie.....	N...	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
Physiologie.....	VIAULT.	maladies des enfants.	DENIGES.
Hygiène.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	
Médecine légale.....	LAYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Physique biologique et	LANDE.	que.....	LE DANTEC.
électricité médicale.	BERGONIÉ.	Pathologie exotique....	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.
MONGOUR. | ABADIE.
CABANNES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... { MM. CHAVANNAZ. | Accouchements..... { MM. FIEUX.
BEGOUIN. | ANDÉRODIAS
VENOT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES. | Physiologie..... MM. GAUTRELET
CAVALIE. | Histoire naturelle.... BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne..... MM. RONDOT.
Accouchements..... ANDERODIAS.
Physiologie..... GAUTRELET.
Ophtalmologie..... LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MAMAN

Respectueux hommage de mon
amour filial et de ma profonde re-
connaissance.

A MA SOEUR

Très affectueusement.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Dans quelques instants nous devons enfouir à jamais sous la gravité doctorale tout notre passé d'étudiant et à cette minute précise nous pourrons dire que c'est un peu de notre jeunesse qui meurt.

Ce but si longtemps rêvé est enfin atteint; mais avant de quitter la Faculté, il est de notre devoir de remercier tous ceux dont le concours ou les conseils nous ont aidé à l'atteindre.

Merci d'abord à vous chers parents, qui malgré votre modeste condition, à force de travail et de sacrifices, avez fait de moi ce que je suis.

Merci également à nos maîtres de la Faculté de Bordeaux dans les services de qui nous avons eu l'avantage et l'honneur de faire notre stage hospitalier.

Nous sommes heureux de témoigner publiquement ici notre affectueuse reconnaissance à M. le Prof. agrégé Cabannes. C'est lui qui nous a inspiré notre thèse inaugurale et nous a aidé de ses bienveillants conseils.

Nous exprimons notre sincère gratitude à M. le Dr Aubaret, oculiste du bureau de bienfaisance dont le dévouement nous a été si précieux pendant la composition de ce travail.

M. le Prof. Badal nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui adressons le respectueux hommage de notre vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Les luxations du cristallin sont connues depuis relativement peu de temps. Les anciens englobaient sous les noms vagues d'amblyopie et d'amaurose tous les affaiblissements de la vue, que rien ne pouvait expliquer. S'il se produisait, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, un trouble de la vision, sans qu'aucun symptôme en vint révéler la cause, on diagnostiquait une amaurose. Si la rétine perdait ses adhérences, si le corps vitré subissait une liquéfaction, ces désordres étaient toujours attribués à la même maladie : c'était encore de l'amaurose.

Mais la physiologie fit des progrès, et bientôt la découverte de l'ophtalmoscope en facilitant l'étude du fond de l'œil, aida à ranger chaque fait pathologique dans une classe à part, bien déterminée. On s'aperçut alors que bon nombre de phénomènes, rangés sous le nom d'amauroses étaient dus à un déplacement du cristallin. Un nouveau groupe d'affections fut dès lors constitué dans la pathologie oculaire, et on leur donna le nom de luxations.

Parmi ces luxations, les unes sont congénitales. Par suite d'un arrêt de développement de la zonule, pendant la vie fœtale, le cristallin a pris dans l'œil une position anormale qui constitue « l'ectopie ». Les autres sont déterminées par un traumatisme; d'autres enfin arrivent sans cause occa-

sionnelle extérieure: ce sont les luxations spontanées.

Dans notre travail, nous laisserons de côté les luxations congénitales et les luxations traumatiques pour nous occuper seulement des dernières, les luxations spontanées. Nous avons même fait une distinction dans cette dernière catégorie de luxations. Le cristallin peut, en se luxant, être resté transparent ou être opaque. On cite en effet parmi les luxations spontanées du cristallin, bon nombre de cas où cet organe était opaque.

Ici nous n'aurons en vue que les luxations du cristallin transparent. Cette question nous a paru intéressante; dans les ouvrages nombreux qui traitent des luxations du cristallin tous les modes de luxations sont étudiés en bloc et dans ceux qui traitent des luxations spontanées aucune distinction n'est faite entre les cristallins opaques ou transparents luxés. Enfin nous avons remarqué que les sujets qui étaient atteints de luxations spontanées du cristallin étaient en grande partie des myopes; cette particularité nous a frappé, aussi nous sommes-nous proposé d'étudier, en nous rapprochant le plus possible d'un tableau clinique, les luxations du cristallin transparent chez les myopes.

Nous n'ignorons pas que la tâche est délicate car la pathogénie des luxations spontanées est complexe, obscure et difficile à débrouiller. Aussi n'avons-nous pas la prétention d'éclaircir complètement une question encore un peu dans l'ombre quoique son histoire clinique s'enrichisse chaque jour de nouveaux faits.

Nous avons divisé notre travail en six chapitres. Dans le premier nous disons en quelques mots les principales causes qui peuvent amener des luxations spontanées du cristallin et nous avons essayé de résumer le plus succinctement possible des théories émises pour expliquer l'étiologie et la pathogénie de ces luxations.

Dans les quatre chapitres suivants nous avons fait l'étude clinique de la luxation spontanée du cristallin transparent.

Chapitre II. — Signes physiques; signes fonctionnels.

Chapitre III. — Diagnostic.

Chapitre IV. — Complications et Pronostic.

Chapitre V. — Traitements.

Enfin dans un sixième chapitre nous avons réuni douze observations de luxations spontanées de cristallins transparents chez des myopes. Ces observations sont assez rares, et malgré nos recherches nous n'avons pu nous en procurer davantage. Il en existe peut-être de plus récentes, mais qui ne sont pas encore publiées et que nous ne connaissons pas.

CHAPITRE I

Etiologie et Pathogénie.

On n'a guère commencé à s'occuper des luxations spontanées du cristallin avant la fin de la première moitié du XIX^e siècle seulement. Les premières observations apparaissent en France en 1846 avec Bérard et Desmârrès, en Angleterre avec Bowman et Newmann en 1849 et en 1851. Desmarres admet que le ramollissement ou l'atrophie du vitré suffit pour amener le déplacement de la lentille.

Un peu plus tard les travaux de Fischer (1851); de Sichel (1868) de Grœfe, de Denonvilliers, de Gosselin et plus récemment les cliniques de Panas, les écrits de Duplay, de Dujardin, de Bellouard et de Lapersonne viennent jeter un grand jour sur la question.

Malheureusement M. Duplay semble tomber dans l'exagération en attribuant toujours aux luxations «spontanées» un début traumatique et Bellouard est trop exclusif en n'admettant comme étiologie de ces luxations que les maladies du tractus uvéal et de l'appareil choroïdien.

Dans notre travail nous n'avons en vue que les luxations du cristallin transparent «chez les myopes» aussi dans ce paragraphe: Etiologie et pathogénie des luxations spontanées, nous allons chercher, en nous appuyant sur les faits cliniques relatés dans nos observations qui terminent notre thèse, quel-

les sont les conditions qui peuvent amener, chez les sujets atteints de myopie, la luxation spontanée de leur cristallin.

Cette affection, dans les 12 cas que nous avons réunis, a frappé des sujets dont la myopie variait entre une et huit dioptries. Bien que nous ayions sept observations de luxations spontanées chez les femmes et cinq seulement chez les hommes nous ne pensons pas que la luxation du cristallin soit un apanage du sexe faible.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence sur l'époque où se produit la luxation. Cependant, en moyenne, elle s'est produite entre 20 et 40 ans. La luxation spontanée chez les myopes n'est liée qu'à l'état de la myopie. On sait que dans la myopie les attaches du cristallin sont fragiles. A des muscles faibles, points d'appui faibles. Or dans la myopie les procès ciliaires sont toujours faibles, il s'ensuit que leurs points d'attache au cristallin céderont plus facilement à mesure qu'augmenteront les efforts d'accommodation dans la myopie.

Dans les observations que nous avons sous les yeux que trouvons-nous comme lésions accompagnant soit une myopie progressive, soit une myopie forte?

Nous trouvons des staphylomes progressifs postérieurs, de l'atrophie choroïdienne, de la choroïdite, de l'atrophie partielle du vitré, du glaucome. Ajoutons à ces lésions les affections d'ordre congénital et voyons si elles peuvent, aidées de la myopie, faciliter ou amener les luxations spontanées du cristallin.

Pour faciliter l'étude pathogénique et étiologique de la luxation spontanée du cristallin, nous avons classé en cinq catégories ces affections accompagnant la myopie.

1^o *Les affections d'ordre congénital*, comme par exemple une prédisposition native tenant à une particularité de structure du ligament suspenseur ou du cristallin, des anomalies de poids et de volume de la lentille, un développement disproportionné du segment antérieur du globe oculaire, l'hydrophtalmie, l'hérédité.

2^o *Les altérations aiguës et chroniques de l'appareil cristallinien*: toute inflammation intéressant la zonule de Zinn peut occasionner une luxation du cristallin; ainsi la sclérose: le cristallin se dessèche et la cristalloïde participant elle-même à l'état morbide de la lentille, exerce par son retrait une traction sur les attaches ciliaires de la zonule. Mais dans ce cas on a affaire à une luxation du cristallin « opaque » ce qui n'entre pas dans notre sujet.

Nous avons, en effet, trouvé bon nombre d'observations dans lesquelles on citait le cas de myopes chez qui s'étaient produites spontanément des luxations du cristallin devenu opaque peu à peu.

3^o *Ramollissement du vitré*: Dans l'observation N^o 8 (Compérat. Union médicale) on a noté du ramollissement et une atrophie partielle du vitré. Dans ce cas la luxation spontanée se fait par traction d'avant en arrière, à la suite du retrait du corps vitré vers les parties profondes; traction qui est d'autant plus énergique que la zonule de Zinn est étroitement liée au corps vitré par l'intermédiaire de l'hyaloïde qu'elle continue.

Le corps vitré et le ligament doivent subir des changements morbides. Il est probable que ces deux choses se passent simultanément, mais il est vraisemblable que s'il y a priorité, c'est le corps vitré qui est altéré tout d'abord; la fluidité de l'humeur vitrée ne produirait pas seule la luxation.

4^o *L'Irido-choroïdite*: Associée à l'état déliquescent du corps vitré ou au contraire isolée, l'irido-choroïdite chronique est capable de produire une luxation spontanée du cristallin. Ces luxations sont en général précédées de troubles inhérents à la maladie même qui doit plus tard leur donner naissance.

On sait que, dans les myopies graves et surtout dans les myopies progressives, la choroïde et le corps vitré sont souvent malades; il suit de là que les luxations spontanées du cristallin doivent se rencontrer de préférence et plus fréquemment chez les myopes. C'est en effet ce que la clinique démon-

tre. Nous avons réuni trois observations (III, IV, V,) dans lesquelles la myopie a été le syndrome précurseur d'une luxation spontanée du cristallin. Nous trouvons en effet dans l'observation N° III (Fage): jeune homme de 14 ans.

Type des yeux myopes.

Myopie avancée.

Pupilles étroites.

Staphylome postérieur de 1/3.

Choroïdite atrophique.

Dans l'observation N° IV (Fage) nous voyons noté: jeune homme de 19 ans, a toujours eu mauvaise vue:

Myope de 8 à 9 D.

Strabisme externe.

Rétrécissement pupillaire.

Staphylome postérieur et « *choroïdite superficielle péripapillaire.* »

Astigmatisme cornéen.

Dans l'observation N° V (Sureau) nous trouvons chez un jeune garçon de 12 ans:

Une myopie de 7 D à O. D.

Mauvaise vue de O. G.

O. D. staphylome progressif.

O. G. colobome de la choroïde.

Sur ces trois cas isolés nous avons deux cas de luxation double du cristallin (III et V) et un cas de luxation simple (IV).

Le mécanisme qui produit la luxation est facile à saisir: la zonule de Zinn envahie par la maladie des parties voisines et plus ou moins détruite par elle, se rompt ou se relâche sous l'influence directe de cette maladie. Les éléments cristalliniens, dit M. Poncet, sont transparents, légèrement grameux, mais non graisseux ou cataractés, c'est-à-dire, chargés d'incrustations calcaires.

5^o *Le glaucome*: doit-on faire du glaucome une cause prédisposante à la luxation spontanée du cristallin ou plutôt doit-on faire de la luxation du cristallin une prédisposition au glaucome?

Cette question mérite d'être discutée. Sureau dans sa thèse inaugurale (Paris 90-91) sur les luxations spontanées du cristallin fait entrer, à son chapitre de l'étiologie et de la pathogénie de ces luxations, le glaucome comme cause prédisposante à la luxation spontanée. Il dit: « Dans le glaucome, la » luxation est surtout mécanique; le cristallin se déplace » parce qu'il subit d'arrière en avant une pression quelque » fois considérable ».

Mais le glaucome est-il une maladie spéciale aux sujets myopes? MM. Cabannes et Picot dans « Quelques cas de glaucome chez les myopes » (Bordeaux 1901) disent: « Bien » que le glaucome se montre de préférence sur des yeux hy- » permétropes, petits, à coque sclérale résistante, son appa- » rition sur des yeux myopes est actuellement un fait assez » connu. La statistique de Laqueur montre 18 myopes sur » 73 glaucomateux. Dans le traité de Wecker et Landolt (1886) » on compte sur 206 glaucomateux, 43 myopes. Le glaucome des myopes n'est donc pas une rareté pathologique ».

Dans les douze observations que nous publions de luxations spontanées du cristallin chez des myopes, il y a eu nettement six fois du glaucome et une fois l'extraction du cristallin luxé a précédé de peu les accidents glaucomateux graves (Observation IX) alors que la tension dans le globe oculaire commençait à augmenter. Mais ces poussées glaucomateuses chez ces myopes atteints de luxations spontanées du cristallin n'ont jamais précédé la luxation, elles ont toujours été secondaires à elle. Il nous est donc permis de dire que le glaucome n'est pas une cause prédisposante à la luxation du cristallin, mais qu'au contraire toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une luxation du cristallin, il faudra craindre les accidents glaucomateux.

Nous voulons bien croire que, au début de la luxation,

au stade subluxation ou mieux luxation pas entièrement complète mais n'étant déjà plus une subluxation proprement dite, le glaucome facilite l'achèvement de la luxation, mais nous ne pensons pas que le glaucome seul, s'il n'y a aucune lésion de la zonule de Zinn, puisse par simple poussée, même considérable, d'arrière en avant, produire une luxation spontanée de cristallin.

Voilà, résumées le plus succinctement possible, la pathogénie et l'étiologie de la luxation spontanée du cristallin chez les myopes. Nous allons maintenant passer à l'étude clinique des symptômes de cette affection.

CHAPITRE II

Symptômes

Dans les luxations spontanées du cristallin le début des accidents est variable. Souvent il se produit d'une façon absolument brusque. On l'a vu se manifester à la suite d'une inclinaison de tête; parfois même le sujet s'endort bien portant, et, le lendemain, se réveille avec un trouble de la vision dû à un déplacement du cristallin.

Dans d'autres cas le malade commence par éprouver, pendant un certain temps, une sensation désagréable, comme celle d'un disque qui oscille et vient frapper l'œil à chaque mouvement de tête; puis, la vision s'altère brusquement: la lésion est constituée.

À l'ophtalmoscope, le cristallin apparaît dans une situation anormale, laissant entre son bord supérieur et le bord correspondant de la pupille un espace appréciable en forme de croissant, dont les dimensions donnent juste le degré du déplacement.

C'est sur ce degré de déplacement qu'on s'est fondé pour classer les luxations en deux catégories. Dans les unes le cristallin, tout en étant hors de sa place, reste sur le prolongement de l'axe optique: ce sont les subluxations. Dans les autres, par suite d'une rupture d'une grande partie de la zonule, il se trouve complètement en dehors de sa situation

normale; ce sont les luxations complètes. Ce déplacement du cristallin peut se produire brusquement ou au contraire, d'une façon lente et progressive. La première manière, fréquente dans les luxations traumatiques, est plus rare dans les luxations spontanées qui, très souvent, pour ne pas dire toujours, sont le complément d'une subluxation primitive.

Aussi il nous paraît bien difficile de dire où s'arrête la subluxation et où commence la luxation. Cette limite nous paraît bien fictive. Le malade en effet, tant que son cristallin « subluxé » reste dans son axe optique ne s'aperçoit pas du changement de position de son organe de réfraction. Il ne commence à y prendre garde que lorsque déjà une partie plus ou moins grande de la Zone de Zinn est déchirée et que le cristallin n'est plus alors dans le prolongement de l'axe optique. On peut dire alors que la luxation est constituée.

Une fois établie elle se traduit à l'extérieur par des signes, par des symptômes particuliers, dont les uns sont perçus uniquement par le sujet et les autres par le médecin. Nous sommes amené ainsi tout naturellement à ranger, pour la description, ces symptômes en deux groupes distincts, dans l'un nous parlerons des troubles fonctionnels ou subjectifs et dans l'autre des troubles objectifs.

Troubles fonctionnels. — Au début le sujet peut éprouver d'abord la sensation d'un objet qui se déplace et il peut lui-même renouveler cette sensation en changeant sa tête de place, en lui faisant exécuter des mouvements de côtés et d'autres. Bientôt le déplacement du cristallin s'accroît davantage et il se produit le trouble de la vision pour lequel le malade vient, le plus souvent, consulter le médecin oculiste; les objets sont vus comme à travers un brouillard. Cet affaiblissement des perceptions trouve son explication dans la paralysie plus ou moins complète de l'accommodation. Par suite de la rupture plus ou moins grande, plus ou moins importante qui s'est produite dans les fibres de la zonule, le cristallin abandonné partiellement à lui-même

a déplacé au fond de l'œil le foyer vers lequel se rendaient, pour y former une image, les rayons lumineux. De plus le cristallin a augmenté ses rayons de courbure et par là même son pouvoir convergent. Enfin ce déplacement du cristallin s'accompagne toujours d'une inclinaison d'un des bords du cristallin, en donnant lieu, comme conséquence, à un astigmatisme irrégulier.

Ce trouble de la réfraction est principalement attribué aux inégalités de courbures du cristallin, survenues à la suite de la rupture des fibres de la zonule en un point déterminé. Non seulement les distances focales des divers méridiens sont inégales, mais encore les rayons passant par un même méridien vont se rendre à des points différents de la rétine.

Assez peu gênant, lorsque l'obliquité de la lentille est peu accentuée, cet astigmatisme entraîne, lorsque l'axe antéro-postérieur du cristallin forme avec l'axe optique un angle très ouvert, un trouble très marqué de la vision, une amblyopie très désagréable, qui augmente encore après la dilatation de la pupille.

Par suite du déplacement de la lentille, il existe deux parties bien distinctes dans le champ pupillaire; une partie privée complètement de cristallin et une partie qui en possède un segment. Il en résulte une très grande inégalité de réfringence entre ces deux parties, de sorte que le sujet, très hypermétrope dans la portion du champ pupillaire privée de cristallin est très myope dans l'autre. Cela revient à dire qu'il se forme dans l'œil deux images bien distinctes du même objet: l'une en arrière de la rétine, l'autre en avant et ainsi se trouve expliquée la double vision constatée par le sujet dans le même œil.

Il est facilement compréhensible qu'on ne peut pas corriger ces inconvénients par des verres appropriés. Il faudrait en effet une combinaison d'un verre convexe et d'un verre concave, sur un même œil; autrement, ce serait corriger un défaut pour augmenter l'autre.

Galesowski croit peu à la fréquence de la diplopie monoculaire parce qu'il ne l'a constatée qu'une seule fois.

Cette diplopie monoculaire est parfois remplacée par de la polyopie. Cela vient de ce que, grâce à l'astigmatisme irrégulier résultant de l'obliquité du cristallin, un même objet a, sur la rétine, de nombreux foyers qui donnent lieu à la même quantité d'images.

Enfin, les objets ne sont pas perçus sous leur aspect véritable. Ils subissent dans l'œil du malade des transformations plus ou moins bizarres, il y a de la métamorphopsie. Il est facile d'expliquer ce phénomène.

Présentons devant un œil atteint de luxation du cristallin un bâton dont le diamètre soit identique dans toute sa longueur. Il est vu à travers deux milieux de réfringence inégale, aussi semblera-t-il présenter à ses deux extrémités des inégalités de grosseur. La partie qui possède encore dans le champ pupillaire un segment du cristallin verra le bâton avec un diamètre beaucoup plus grand que l'autre.

Signes objectifs. — On remarque tout d'abord une inégalité de profondeur de la chambre antérieure par suite de l'obliquité du cristallin. La lentille, refoulant l'iris en avant donne lieu à une diminution de la chambre antérieure dans le point qui correspond à son inclinaison. Partout ailleurs, l'iris est repoussé en arrière et privé de son point d'appui naturel, ne se trouvant plus adossé à la face antérieure du cristallin, il présente un tremblement caractéristique connu sous le nom d'iridodonésis.

Bien que ce signe se rencontre toujours ou à peu près dans les luxations du cristallin, il n'est pas cependant d'une valeur diagnostique absolue. L'iridodonésis se rencontre en effet dans les cas où l'humeur aqueuse vient s'accumuler en quantité exagérée entre l'iris et le cristallin.

La pupille elle-même subit, dans sa forme et dans ses dimensions, certaines modifications. Par suite de la pression exercée sur elle par le cristallin luxé, pourvu que cette pression ne s'exerce pas sur tout le pourtour du sphincter iridien également, elle est presque toujours dilatée, souvent

irrégulière et au moins partiellement insensible à la lumière. En renouvelant l'expérience de Purkinge on peut se rendre un compte exact de l'état de l'accommodation: l'œil étant accommodé successivement pour des distances différentes, le degré de modification de la grandeur des images indiquera précisément le degré de conservation de la faculté accommodative.

Si l'on fait exécuter au malade des mouvements de la tête ou des yeux, on voit le cristallin osciller dans tous les sens et surtout d'avant en arrière et réciproquement; dans ce dernier cas pour employer l'expression de Rodet dans sa thèse inaugurale, « la lentille se meut comme un battant de table, dont la portion intacte du ligament suspenseur serait la charnière ».

Quelle place, maintenant, peut occuper un cristallin luxé?

Son déplacement peut s'effectuer dans tous les sens: en haut (très rare), en bas, en avant, en arrière, latéralement, obliquement. Toutefois, afin de ne pas multiplier les divisions, nous admettrons en tout trois sortes de luxations spontanées chez les myopes.

- a). Luxations dans la chambre antérieure.
- b). Luxations dans la chambre postérieure.
- c). Luxations dans le corps vitré.

La luxation dans le corps vitré suppose une déchirure très importante et même complète de la zone de Zinn.

Le cristallin transparent, luxé dans la chambre antérieure ressemble à peu près à une gouttelette graisseuse, à une petite boule d'eau ainsi que le comparait le mari de la malade de l'observation N° VIII, absolument diaphane, à bords très brillants. Il est habituellement situé à la partie inférieure de la chambre antérieure, repoussant ainsi l'iris en arrière et augmentant par suite la profondeur de la chambre. Il peut empiéter sur la moitié inférieure de la pupille, occasionnant la diplopie et limitant l'iridodonésis aux portions de l'iris qui ne touchent pas à la lentille.

Quelquefois la lentille s'enclave dans la pupille au lieu de tomber dans la chambre antérieure. Comme elle est transparente, le malade, myope déjà d'une certaine quantité de dioptries, voit brusquement et du même coup augmenter très fortement sa myopie.

On reconnaît facilement, à l'aide de l'éclairage oblique, la position du cristallin dans la chambre postérieure. Il augmente la profondeur de la chambre antérieure en projetant l'iris en avant. La diplopie est plus rare et moins accentuée, quand elle existe, que dans les cas de luxation dans la chambre antérieure, parce que le cristallin, plus fortement luxé plonge profondément dans la chambre postérieure.

« Dans le corps vitré, la luxation du cristallin n'est jamais » complète d'emblée dit Makensie. Le ligament suspenseur » de la lentille se sépare en partie de la choroïde de sorte » que l'on peut voir, pendant un certain temps la lentille » se balancer dans l'œil d'avant en arrière; puis, la sépara- » tion devenant totale, le cristallin finit par s'enfoncer dans » l'humeur vitrée ou par passer à travers la pupille. En gé- » néral il est renfermé dans sa capsule et quand il en est » ainsi et qu'il est en même temps transparent, sa circon- » férence réfléchit la lumière, de telle sorte qu'on le croi- » rait entouré par un cercle d'or. » L'ophtalmoscope est d'ordinaire suffisant pour reconnaître la position exacte du cristallin dans le corps vitré, étant donné que son contour nous apparaît très brillant et caractéristique grâce à un effet de réflexion totale de la lumière projetée dans l'œil. Mais si pour une raison ou pour une autre cette recherche est devenue difficile on pourra se servir du photophore électrique, recommandé par M. de Woecker. On le recherchera dans les parties déclives, dans le voisinage de l'ora serrata. Enfin le malade lui-même peut nous renseigner sur la position exacte de son cristallin dans le corps vitré. Il suffit de le faire coucher sur le dos, la tête bien droite et les yeux tournés vers le ciel. Le cristallin sollicité par son poids

viendra, pour conserver son équilibre, prendre place au pôle postérieur de l'œil, et grâce à l'ombre projetée sur la rétine, le malade en aura lui-même la perception.

La luxation spontanée du cristallin sous la conjonctive est une rareté. Nous en avons trouvé un seul cas (André, Annales d'oculistique 1875) et encore le cristallin était opaque, dur, jaunâtre recouvert d'un dépôt calcaire. La luxation était due à la pression exercée de dedans en dehors par une affection glaucomateuse, accompagnée d'atrophie choroïdienne.

Mais il ne suffit pas de connaître la place du cristallin luxé. Il ne suffit pas de savoir s'il se trouve dans les chambres antérieure, postérieure, ou dans le vitré, il faut observer aussi le sens du déplacement; s'il se fait en dehors, en bas ou en haut ou en dedans. Le déplacement directement en haut est rare et toujours passager, dit Sureau dans sa thèse sur les luxations spontanées du cristallin. Cependant sur les douze observations que nous avons placées à la fin de ce travail nous trouvons:

Observation III. Cristallins luxés en haut (Fage. Gazette des sciences médicales de Bordeaux).

Le cristallin droit en haut et en dedans, le cristallin gauche directement en haut et laissant libre le $\frac{1}{3}$ inférieur de la pupille.

Observation IV. (Fage. Gazette des sciences médicales de Bordeaux). — Cristallin transparent O. G. luxé en haut et en arrière laissant à découvert le $\frac{1}{3}$ inférieur de la pupille.

Observation VI. (de Wecker-Duval. Thèse, Paris). — Cristallins transparents luxés en haut, derrière l'iris et occupant la $\frac{1}{2}$ supérieure de la pupille.

Ce qui fait trois cas sur 12 où le cristallin, quelquefois les deux, se sont trouvés directement en haut.

En général on trouve le bord dévié de la lentille dans le champ pupillaire et, selon le degré de déviation, l'espace libre se présente sous la forme d'un petit croissant obscur, tantôt sous l'aspect d'un espace plus étendu. Quelquefois on

est obligé de recourir à l'atropine pour rendre le croissant plus manifeste.

L'examen du fond de l'œil est possible à travers l'espace libre du champ pupillaire. Mais, de même que le malade a de la diplopie monoculaire, l'observateur verra la papille double et les deux images ne pourront être vues nettes en même temps.

Puis, apparaîtront les traces de rupture choroïdienne, de choroïdite, les opacités du corps vitré, les staphylomes.

Toutes les fois que l'état de l'œil le permettra, il faudra compléter cet examen symptomatique, en prenant exactement l'acuité visuelle des deux yeux et en mesurant le degré d'astigmatisme existant.

Malheureusement, l'exploration des parties équatoriales de l'œil est difficile et jusqu'ici la conséquence directe de ces états pathologiques, c'est-à-dire la rupture de la zone de Zinn n'a pas encore pu être constatée directement.

Nous hésitons à placer les symptômes douloureux que l'on observe dans la luxation du cristallin se produisant spontanément avec les symptômes de cette luxation même ou plutôt avec les symptômes de sa grande complication, complication qui domine presque toujours, pour ne pas dire constamment, son tableau clinique, nous avons nommé le glaucome.

En effet par elle-même la luxation du cristallin n'est pas douloureuse.

C'est une affection gênante par suite des troubles de la vision qu'elle entraîne, mais elle ne fait pas souffrir le sujet qui en est atteint.

Nous n'avons pour trancher cette question des symptômes douloureux, qu'à parcourir les observations qui terminent notre travail et nous aurons de suite la réponse à la question classique, pourquoi vient-on consulter?

Le malade vient à la consultation parce qu'il a, sans cause apparente, ressenti quelque chose d'anormal dans sa vision. S'il vient parce qu'il souffre, l'examen de son œil montre

que déjà les accidents glaucomateux de la luxation spontanée du cristallin sont apparus; mais, en étudiant l'histoire de la maladie, on voit que, jusqu'à eux, il n'y a eu du côté de l'œil d'autres symptômes que ceux inhérents aux troubles subits dans la vision.

Nous n'étudierons donc pas ici ces symptômes douloureux, nous réservant de les décrire dans le chapitre « complications. »

Maintenant que nous avons décrit tous les symptômes de la luxation spontanée du cristallin, il va nous être relativement facile d'établir en quelques lignes le diagnostic de cette affection.

C'est ce qui va faire l'objet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III

Diagnostic

Sur quoi baserons-nous d'abord le diagnostic de luxation du cristallin?

Le malade nous racontera qu'il est myope depuis très longtemps, qu'il l'a même toujours été. S'il porte des verres correcteurs de sa myopie, il nous les montrera et nous pourrions déjà avoir un renseignement sur l'état plus ou moins avancé de sa myopie. Il nous dira ensuite les troubles subits qu'il a éprouvés du côté de sa vision, dans tel ou tel œil, quelquefois dans les deux, il a de la diplopie, de la polyopie, il voit les objets sous des formes bizarres qui ne sont pas leurs formes habituelles; en un mot, il nous fait une description telle de ce qu'il éprouve que nous sommes en droit de penser qu'il se passe quelque chose du côté de son appareil accommodateur.

Nous regardons son œil, et la première chose qui nous frappe, c'est l'iridodonésis, phénomène presque constant dans les luxations du cristallin.

Enfin, le malade nous dit que ces troubles de la vision sont survenus sans causes apparentes, qu'il n'a reçu aucun traumatisme sur le globe oculaire ou dans les régions voisines, qu'il ne connaît personne dans sa famille atteint d'une semblable affection, nous pouvons donc dire devant

cet ensemble de faits, que nous sommes en présence d'une luxation spontanée du cristallin chez un myope.

Reste maintenant à établir à quelle variété de luxation appartient celle que nous sommes appelé à examiner.

Une petite tumeur mobile, plus ou moins réductible par le massage, située en arrière de la cornée et refoulant l'iris en arrière, fera croire à une luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Si le cristallin est intact, cette tumeur est transparente; s'il est cataracté, elle est opaque.

La diminution de profondeur d'une partie de la chambre antérieure, son irrégularité, la parésie de la pupille, jointes aux troubles fonctionnels accusés par le malade (amblyopie, diplopie monoculaire) et aux signes constatés à l'ophtalmoscope (papille double, présence d'un corps étranger à contours plus ou moins brillants et situé en arrière de l'iris) feront songer à un cristallin luxé dans la chambre postérieure.

Dans une luxation dans le corps vitré il y a aphakie complète. Par conséquent, il n'y a pas de diplopie monoculaire; elle est remplacée par une forte hypermétropie. A l'aide de l'ophtalmoscope ou du photophore électrique de Wecker, on verra le cristallin dans les environs de l'ora serrata.

Enfin dans la position dorso-horizontale, le malade aura lui-même la vision entoptique de son cristallin.

L'examen du fond de l'œil, quand il aura été possible à cause des phénomènes glaucomateux survenus ou non, complétera le diagnostic qui sera enfin établi sous la forme suivante: luxation spontanée du cristallin droit ou gauche ou droit et gauche, chez un sujet atteint d'une myopie de x dioptries, présentant ou ne présentant pas de phénomènes glaucomateux.

CHAPITRE IV

Pronostic et Complications

Le pronostic diffère avec chaque variété de luxation. Il est sérieux dans les luxations incomplètes en ce sens que le cristallin restant transparent et, toute extraction mise à part, les troubles de la vue sont permanents tant que persiste cet état ectasique de la lentille. Quand la subluxation se complète, la vision devient meilleure.

Les troubles de la vision sont en effet moins marqués dans la chambre antérieure ou dans la chambre postérieure. Mais alors, le contact du cristallin luxé avec l'iris et le corps ciliaire est loin d'être sans danger.

S'il existe des observations où le séjour du cristallin dans cette région est resté sans danger, il en est d'autres où il a produit des phénomènes de glaucome et d'irido-choroïdite intenses, nécessitant sur l'heure l'intervention du chirurgien.

Nous avons déjà dit plus haut que dans nos douze observations de luxations spontanées du cristallin on a noté six fois des accidents glaucomateux graves et une septième fois l'extraction du cristallin a été pratiquée juste au moment où des accidents allaient se produire. Nous avons déjà dit également au chapitre « Etiologie et Pathogénie » que nous ne considérons pas le glaucome comme une cause de la

luxation du cristallin, mais bien comme une complication de cette dernière.

Les phénomènes glaucomateux ne se produisent pas d'emblée dans les yeux dont les cristallins se luxent.

Dans notre première observation (Dr Deschamps de Grenoble), les accidents du glaucome se sont produits 6 jours après la luxation du cristallin: « Le mal a débuté il y a » huit jours par de la diplopie monoculaire, sans douleur » ni phénomènes d'irritation et par des oscillations considérables de l'acuité visuelle ». (Époque de la luxation)..

» Depuis deux jours seulement, des phénomènes douloureux se sont produits (glaucome), globe rouge douloureux ». T + 1). Ces phénomènes se sont produits dans O. D. où le cristallin luxé était transparent mais il en avait eu de semblables du côté de O. G. où le cristallin cataracté était luxé également. Ces accidents glaucomateux dans O. G. remontent à deux ans, époque à laquelle s'était produite la luxation du cristallin dans O. G.

Dujardin, dans l'observation N° 2 a noté des accidents glaucomateux quinze jours après la luxation: « Quinze jours » après une consultation rien n'est changé quand tout à » coup le malade ressent des douleurs violentes; l'œil rougit, larmoie abondamment et d'heure en heure la vue s'éteint graduellement. Trois jours plus tard (donc, au total, » 18 jours après la luxation), je constate du glaucome aigu » avec une pupille dilatée, ad maximum, injection périkeratique violacée; léger œdème de la cornée, Tonus exagéré ».

Observation N° 7. (Gueude). La malade est venue à la consultation le 20 mai, présentant une luxation du cristallin transparent dans le corps vitré; le 1^{er} juin, accidents glaucomateux T + 3, nécessitant l'énucléation le 3 juin.

Dans l'observation N° 10 (Cabannes), les accidents glaucomateux ont été particulièrement graves. Lors de la première consultation, 21 décembre 1904, on constate une subluxation en bas dans O. D. Dans O. G. le cristallin est à moitié tombé dans la pupille. Quelques mois après quelques lan-

cées douloureuses apparaissent, et en mars 1905 on pratique l'extraction du cristallin gauche en pleine crise de glaucome suraigu (Opération faite par Troussseau de Paris).

Les renseignements manquent dans l'observation N° 11 pour savoir quelle corrélation il y a eu entre la subluxation bilatérale et les accidents glaucômateux chez le malade étudié par MM. Cabannes et V. Picot.

M. Aubaret (Observation N° 12) dans l'observation d'une malade présentant une luxation bilatérale (O. D. luxations en dehors et en bas; O. G. luxations dans le corps vitré) nous décrit des poussées glaucômateuses, remontant à l'époque de la luxation. Ces poussées glaucômateuses se sont produites à deux reprises différentes et l'opération a été pratiquée alors que la tension de l'œil était encore exagérée.

Enfin, le Professeur Albertotti (in Clinica Oculistica) a opéré une malade au moment où apparaissaient les phénomènes glaucômateux, c'est-à-dire environ quinze jours après la luxation spontanée du cristallin.

Ce simple aperçu de nos observations montre combien le glaucome est une complication habituelle de la luxation du cristallin. Quand apparaît-il? Il est difficile de fixer l'époque car souvent le malade ne fait pas attention aux tout premiers symptômes. Mais si nous voulons établir une moyenne d'après les observations où les renseignements semblent les plus précis, nous pouvons dire qu'environ quinze jours après la luxation, ou mieux quinze jours après la chute du cristallin sur le corps ciliaire ou dans le vitré, les premiers phénomènes de glaucome commencent à se manifester.

Par quel mécanisme la luxation du cristallin produit-elle le glaucome? Cela est encore bien mal expliqué et nous nous arrêterons à croire que c'est en faisant fonction de corps étranger que le cristallin, détaché complètement ou presque complètement de ses moyens suspenseurs produit le glaucome en venant irriter le corps ciliaire.

Le glaucome apparaît-il plutôt dans telle ou telle espèce de luxation? Nous ne pensons pas que cet accident secondaire

aux luxations du cristallin ait ses préférences. Cependant dans les luxations dans le corps vitré les dangers ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le supposer au premier abord. Cette luxation est peut-être même la plus bénigne. Il est assez rare qu'elle fasse naître des phénomènes inflammatoires fâcheux. Pourtant nous avons vu (Observation N^o 7), que ces accidents fâcheux pouvaient se produire et nécessiter même, par leur intensité, une énucléation. Nous ne pensons cependant pas que ce soit la règle car, autrefois, alors que le manuel opératoire de la cataracte était encore à peu près inconnu, c'était un procédé d'opération. On faisait entrer le cristallin dans le corps vitré (cataracte par abaissement) et on l'y abandonnait sans qu'on eut à déplorer trop de malheurs. Les statistiques du temps font même mention de nombreux succès définitifs.

Les mêmes dangers sont à redouter lorsque le cristallin au lieu de tomber en avant ou en arrière, reste partiellement engagé dans la pupille; [ainsi que dans notre Observation N^o 10 (Cabannes)] car « dans cette position il obstrue bien » plus l'angle iridien sur une étendue notable que lorsque, » sensiblement réduit dans ses dimensions et fortement bombé, il ne peut s'insinuer dans l'encoignure de la chambre » antérieure ». (de Wecker. Traité d'ophtalmologie, p. 465).

Le glaucome, survenu à la suite d'une luxation du cristallin, revêt la forme du glaucome aigu et même suraigu. Il ne nous appartient pas de faire ici la description du glaucome qui ne diffère en rien de celle du glaucome secondaire. Nous ne saurions être aussi clair et aussi précis que les traités classiques d'ophtalmologie.

Le pronostic des luxations spontanées du cristallin chez les myopes devra donc être réservé. Si la luxation par elle-même ne saurait être grave, elle le devient par suite des accidents qui l'accompagnent dans presque tous les cas, accidents qui sont loin d'être faits pour améliorer une vue déjà mauvaise par suite de la myopie car ils viennent s'ajouter

aux lésions déjà produites dans l'œil par cette dernière affection.

Si maintenant, nous plaçant à un point de vue général, sans tenir compte des cas où le traumatisme a produit dans l'œil des lésions qui en compromettent à tout jamais les fonctions, nous comparons les luxations spontanées avec les luxations traumatiques, il semble que le pronostic des premières soit plus grave que celui des secondes. On trouve des observations qui montrent que certaines luxations traumatiques ont pu, grâce à un repos absolu et à un traitement approprié, arriver à la guérison complète. Voici, entre autres, un fait rapporté par Fryer (du Missouri): « Luxée visiblement » en bas, en dedans et en arrière, la lentille se voyait très » nettement par son bord externe dans l'espace pupillaire. » Malgré un léger trouble du corps vitré, on observait sans » trop de difficulté la papille et les vaisseaux réiniens en » regardant à côté du cristallin.

» Un mois plus tard, en examinant l'œil à nouveau, on » constata, après avoir dilaté la pupille, que le cristallin » avait repris sa position régulière. Il n'y avait plus appa- » rence de luxation à aucun degré. La vision plus tard était » améliorée au point que le malade lisait couramment d'assez » fins caractères ».

Jamais, à propos de luxations spontanées nous n'avons trouvé mentionné de pareils faits. La luxation spontanée est avant tout une luxation progressive sous la dépendance d'un état pathologique de l'œil, sa marche semble ne rétrograder jamais. Dès lors que la lésion est formée, le mal est devenu irrémédiable; la zonule de Zinn, quand elle n'est pas détruite complètement, n'a aucune tendance à se cicatriser.

En résumé, nous disons avec Dujardin que « malgré les » cas heureux, il faut se garder d'un optimisme exagéré; » en réalité, on doit peu compter sur une tolérance si par- » faite, capable d'encourager le chirurgien à rester inactif, » souvent au détriment du sujet.

» Les accidents glaucomateux, sans être la règle, sont assez nombreux et communs, dans les cas de ce genre, et il » n'est pas permis de s'abandonner à une fausse sécurité » sous peine des plus graves mécomptes ».

La luxation congénitale forme un type à part; le plus souvent le cristallin luxé est atteint de cataracte congénitale. La luxation spontanée n'est pas une luxation congénitale, mais une faiblesse native de la zonule de Zinn peut, conjointement avec des lésions rétino-choroïdiennes ou vitréennes, déterminer l'apparition d'une luxation en apparence spontanée, qui évoluera par la suite d'une façon progressive.

Cette courte étude des complications et du pronostic de la luxation spontanée du cristallin et l'assertion aussi nette et aussi catégorique de Dujardin, nous amène à examiner les moyens qui pourront prévenir les accidents consécutifs à la luxation spontanée du cristallin et la conduite qu'on devra avoir en face d'elle?

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement est médical ou chirurgical.

Traitement médical. — Dans les luxations traumatiques, l'indication est la même pour chaque variété, ramener le cristallin dans la chambre postérieure. La réduction étant suivie du repos au lit, dans la position dorsale, il peut se faire que le cristallin reprenne, partiellement au moins, ses rapports. Par suite les lèvres de la plaie zonulaire se rapprochent et donnent lieu à une cicatrice plus ou moins parfaite qui permet au cristallin de remplir encore ses fonctions.

Dans les luxations spontanées, les indications sont les mêmes, mais les résultats ne sont pas aussi heureux: la rupture de la zonule ayant été produite par un processus pathologique n'est pas apte à la cicatrisation.

Le traitement médical, massage, instillations, etc., n'aura donc qu'un résultat palliatif: celui de ramener le cristallin dans la chambre postérieure. Or, nous savons que ce séjour n'est pas sans aucun danger et qu'il expose l'œil à des complications sérieuses que nous avons signalées à propos du pronostic.

Miquel aurait vu, dans le service de Lisfranc, plusieurs résorptions de cristallins luxés se produire par l'emploi de

la pommade de Gondret. Sans vouloir le moins du monde porter atteinte à la méthode de Miquel, nous devons dire que cette thérapeutique est restée dans l'oubli et nous ne l'avons vu employer, du moins dans cette intention, dans aucun service d'oculistique.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical a donné lieu à bien des discussions pour savoir quand il fallait opérer.

Gosselin, Yvert, Galesowski, demandent qu'on s'abstienne de toute intervention, tant qu'il n'existe pas de phénomènes inflammatoires; on agira au contraire au plus vite dès leur apparition.

De Wecker va plus loin et préconise hardiment l'expectation seule, même quand il existe une réaction subaiguë; on serait obligé d'agir, seulement quand les symptômes prennent une allure grave, compromettant la vitalité de l'œil. D'après lui, en effet, on prend souvent pour cause ce qui est seulement concomitance, on accuserait alors le cristallin bien qu'il n'a en réalité aucune part au processus. Quelques autres chirurgiens demandent qu'on opère toujours: « Il y a, dit » Fieuzal, des sacrifices utiles qu'il faut savoir conseiller » avant qu'ils soient devenus obligatoires. »

Nous devons avouer que nous nous rallierons volontiers à ces derniers. Le traitement chirurgical nous semble assez bien indiqué dans tous les cas — et ce sont heureusement les plus fréquents — où le processus pathologique de l'œil n'a pas encore été suffisant pour produire un état voisin de la cécité. Dès lors que la vision peut être améliorée par une opération, il nous semble utile de la proposer. Le malade y trouvera double avantage: il y verra mieux et n'aura plus à craindre d'accidents inflammatoires.

On ne saurait objecter les dangers d'infection auxquels est exposé l'œil dès lors qu'il subit une opération, car avec les moyens antiseptiques que nous possédons aujourd'hui, la moindre réaction est extrêmement rare. Généralement, les suites sont des plus simples et au bout de quelques jours

la guérison est obtenue. Dans toutes les observations où nous avons trouvé trace d'intervention chirurgicale nous voyons noté « guérison normale sans aucune complication. »

Nous laisserons aux traités de pathologie oculaire le soin de décrire en détail le manuel opératoire lui-même. Des nombreuses méthodes qu'on peut employer, nous n'en citerons que quelques-unes.

L'iridésis de Critchett, l'iridotomie de de Wecker sont des opérations qui ont le défaut d'être incomplètes car, laissant le cristallin dans l'œil, elles exposent le malade aux accidents que nous avons décrits plus haut et par suite à de nouvelles manœuvres opératoires. Il nous semble préférable d'en finir le plus tôt possible et d'essayer, sur le champ, l'extraction du cristallin.

Avant de faire l'opération, on essayera d'amener la lentille dans la chambre antérieure. Pour cela on commencera par dilater la pupille par des instillations d'atropine puis, ordonnant au malade de pencher très fortement la tête en avant, on produira chez lui des mouvements brusques de la tête, au moyen de légers chocs sur l'occiput ou en lui ordonnant de faire de petits mouvements latéraux de la tête. (Observation N° 12. Aubaret).

En cas d'insuccès, la pupille étant dilatée et la section cornéenne achevée, on irait directement avec la curette prendre le cristallin dans la chambre postérieure, voir même presque dans le corps vitré, ainsi que l'a fait très habilement Critchett en faisant usage du vectis de Taylor.

Si on réussit à faire tomber le cristallin dans la chambre antérieure, on instillera immédiatement et à plusieurs reprises quelques gouttes d'ésérine dans l'œil, afin de resserrer la pupille; puis, le malade étant placé sur le dos, on procédera à l'extraction.

Après avoir sectionné la cornée à la lance triangulaire ou au couteau, on fera sortir la lentille. On se gardera toutefois de presser sur la cornée, comme dans une opération ordinaire de cataracte, avec le doigt ou un instrument quelconque.

Le cristallin, ne trouvant en l'iris qu'une résistance très insuffisante, aurait bien des chances de retomber dans la chambre postérieure ou dans le corps vitré. Il faudra saisir le cristallin dans la curette et le ramener ainsi au dehors.

Il peut arriver que ce moyen soit insuffisant et que, malgré toutes sortes de précautions, le cristallin s'échappe et repasse derrière l'iris. Pour remédier à cet inconvénient, Monoyer a inventé un double crochet dont la forme se rapproche de celle de l'écarteur à griffes qu'on emploie aujourd'hui dans les opérations chirurgicales. Il le pousse dans la direction et au-dessous du cristallin jusqu'au bord postérieur de celui-ci. Puis ayant légèrement ramené ce bord en avant, il implante solidement les deux pointes du crochet dans la région centrale de la face postérieure de la lentille. Tirant alors très doucement à lui, il extrait « avec la plus » grande facilité la totalité de l'appareil cristallinien, sans « qu'il s'écoule la moindre quantité d'humeur vitrée ».

D'autres chirurgiens ont proposé de fixer le cristallin dans la chambre antérieure avant même la section de la cornée. C'est ainsi qu'Agnew, de New-York, imaginait, il y a quelques années, le bident qui maintenant porte son nom.

« Il se compose de deux aiguilles à cataractes ordinaires, » fines, droites, à pointes délicates, longues de $6/8$ de pouce. » environ. Ces aiguilles sont réunies par une armature aplatie » et pouvant s'adapter à une poignée. »

Agnew, introduit cet instrument dans le corps ciliaire, passe au-dessous et en arrière du cristallin et ramène celui-ci dans la chambre antérieure par un mouvement de bascule. Il fait ensuite ressortir les aiguilles à travers la sclérotique du côté opposé et laisse l'instrument en place pendant qu'il complète l'opération.

Nous devons avouer que nous hésiterions à introduire ainsi un instrument, si fin soit-il, à travers le corps ciliaire. Nous aimons mieux le procédé de Monoyer; il est aussi utile et moins dangereux.

Toutefois, si l'on tenait à fixer le cristallin avant la for-

mation du lambeau scléro-cornéen, nous proposerions volontiers une simple aiguille à cataracte légèrement courbe; le manuel opératoire est aussi simple que l'instrument lui-même, et à une grande commodité il joint l'avantage d'être d'une bénignité absolue.

On introduit l'aiguille au niveau de l'union de la cornée, avec la sclérotique, on traverse la chambre antérieure et après avoir embroché le cristallin qui l'occupe, on fait sortir la pointe du côté opposé de la cornée. Saisissant alors le couteau, on forme un lambeau dont les extrémités correspondent justement aux points d'introduction de l'aiguille et le cristallin vient ainsi tout naturellement au-dehors, à travers la plaie cornéenne, sur l'aiguille qui le traverse.

Snéguirew, à la Société des oculistes de Moscou (Séance du 21 avril 1901) présente un malade auquel on a extrait le cristallin luxé par incision inférieure après fixation préalable du cristallin par une aiguille introduite à travers la sclérotique. Il y a eu une perte insignifiante de vitré.

M. Fabert (Société Néerlandaise d'ophtalmologie, 25 mai 1902) a opéré un malade atteint de luxation du cristallin sur les deux yeux. La vision étant défectueuse et ne s'améliorant pas au moyen de verres correcteurs, il a essayé de pratiquer l'abaissement sur cristallin dans O. D., ce cristallin étant très mobile; tandis qu'il a d'emblée effectué une discision sur O. G. L'abaissement n'ayant pu aboutir, M. Fabert a été obligé de faire également une discision sur O. D. Les résultats obtenus sont satisfaisants.

Mac Keown (Manchester) pratiqua également la discision avec l'aiguille à arrêt de Bowman, bientôt remplacée par l'aiguille de Knapp qui céda le pas à un couteau linéaire.

Dans nos observations, nous avons noté toutes les fois que nous l'avons trouvé le mode opératoire employé pour l'extraction du cristallin transparent. Une fois on a été obligé de pratiquer une énucléation, dans un cas de luxation dans le corps vitré (obs. No 7).

M. le professeur agrégé Cabannes, a fait passer le cris-

tallin dans la chambre antérieure où il a été maintenu par un aide au moyen d'une aiguille, puis faisant au couteau triangulaire une vaste incision linéaire, le cristallin sortit de lui-même; il perdit par cette manœuvre une quantité infime de vitré.

M. le Dr Aubaret a fait passer le cristallin luxé dans la chambre antérieure en faisant exécuter à la tête du malade de petits mouvements brusques latéraux, puis sortit le cristallin par kératotomie supérieure.

Nous ne voulons pas, de peur de redites, reprendre un à un les procédés employés dans les cas de luxations spontanées que nous citons pour terminer notre travail. Qu'il nous suffise seulement de renvoyer à ces observations et d'examiner les résultats obtenus.

Observation N° 1 = Avant l'extraction du cristallin la myopie était de 6 D. Après l'opération, guérison en 6 jours.

$V = 2/3$ avec $+ 9$.

Observation N° 2 = Acuité visuelle très faible. Après l'opération. $V = 1/4$.

Observation N° 6 = Avant l'opération:

$V = 1/2$ avec $2\ 3/4$ à droite

$V = 1/3$ avec $2\ 3/4$ à gauche.

Après l'opération:

$V = 1/2$ avec $+ 3$. Depuis lit le n° 1 avec $+ 2$.

Observation N° 9 = $V = 5/7,5$ avec Hp. 13 D.

Extraction du cristallin avec la cuiller de Pagenstecher, après iridectomie supérieure. Guérison normale

$V = 5/20$ — Hp. 10 D.

Observation N° 10. Myopie de 1 D. environ. Après opération:

$V = 2/3$ avec $0^{\circ} + 3 + 10$.

Toutes les fois qu'on a pratiqué l'extraction du cristallin nous voyons donc que la vision a été améliorée et en même temps les phénomènes glaucomateux ont disparu peu à peu. La conduite à tenir en face d'une luxation spontanée du cris-

tallin chez un myope devra donc être l'extraction de ce cristallin luxé. Mais quand devra-t-on intervenir? Devra-t-on attendre que la luxation soit complète ou seulement à un certain degré de subluxation? Autrement dit, dès que les premiers symptômes de luxation apparaîtront, faudra-t-il opérer l'extraction de la lentille et ne pas attendre que la luxation se complétant amène les phénomènes graves du glaucome?

En général, d'après ce que nous voyons par les observations le malade ne vient guère consulter le spécialiste avant que déjà quelques petits symptômes de glaucome ne se soient montrés. Le glaucome n'est pas pleinement et franchement établi, mais déjà on peut le pressentir d'après ce que raconte le malade sur ce qu'il éprouve du côté de la vision. Enfin, on sait qu'il vient presque constamment compliquer la luxation. Aussi croyons-nous, qu'il vaille mieux le prévenir en pratiquant l'extraction du cristallin, puisque jamais la lentille subluxée reste à cet état et ainsi ne pas trop incommoder la vision, mais qu'au contraire la subluxation arrive fatalement dans un temps plus ou moins long à la luxation complète et à tous les accidents et les troubles qui l'accompagnent.

L'observation N° 10 que nous a communiquée M. le professeur agrégé Cabannes est bien typique à ce sujet. Chez la malade, il y a eu luxation bilatérale des cristallins. La luxation à gauche fut complète plus tôt que du côté droit et on dut intervenir en pleine crise de glaucome suraigu; du côté droit on a prévenu le glaucome en pratiquant l'extraction du cristallin prématurément.

OBSERVATION I

A propos d'un cas de luxation spontanée des deux cristallins.

Docteur Deschamps, de Grenoble.

Madame B ..., couturière, quarante-cinq ans, vient me consulter le 11 février 1892. Bonne santé, aucune tare pathologique.

Dit avoir été toujours myope et me montre des verres de 6 dioptries. (Nous ne donnerons pas l'examen de son O. G. qui présentait une luxation en haut et en dehors du cristallin cataracté, et qui a présenté des phénomènes glaucomateux il y a deux ans, au moment de la luxation de son cristallin.)

O. D. Devenu malade à son tour la semaine précédente amenait M^{me} B..., à ma consultation.

Globe rouge, douloureux, tension supérieure à la normale. Douleurs circumorbitaires violentes. En un mot tous les signes d'un état glaucomateux grave, avec vision extrêmement réduite et seulement qualitative.

L'examen démontre que le cristallin transparent est luxé et qu'il a à moitié pénétré dans la chambre antérieure. Son bord supérieur, encore situé derrière l'iris, repousse en avant cette membrane et l'applique derrière la cornée. Son bord inférieur est engagé dans la pupille et s'est coiffé de l'iris sur lequel il repose, la face antérieure de la membrane étant creusée en nid ou gouttière pour loger le bord inférieur de la lentille.

Le mal a débuté il y a huit jours par de la diplopie monoculaire, sans douleur, ni phénomènes d'irritation et par des oscillations considérables de l'acuité visuelle.

Depuis deux jours seulement des phénomènes douloureux se sont produits. La malade n'y trouve aucune cause, ni traumatisme, ni travail exagéré ; le mal a été totalement spontané.

Etant donné l'état glaucomateux j'interviens d'urgence.

Incision très limitée au bord supérieur de la cornée avec le couteau de de Græfe et par cette ouverture je pratique une petite iridectomie.

Le bord supérieur du cristallin se décoiffe et l'iris se place brusquement derrière lui. Le cristallin devient très visible et ressemble à une grosse goutte d'huile, dans la chambre antérieure ; il ne risque pas de fuir dans le vitré. J'agrandis de deux coups de ciseaux l'incision cornéenne. Le cristallin sort spontanément, sans pression, suivi d'une quantité très minime de vitré.

Six jours après, guérison complète. Un mois et demi plus tard je fevois la malade : état parfait.

Acuité visuelle = $\frac{2}{3}$ grâce à des verres + 9.

Depuis, l'état est resté le même, la guérison s'est maintenue complète.

OBSERVATION II

Luxation du cristallin dans la chambre antérieure.

Dujardin. *Journal des sciences médicales*, de Lille, 1890.

Lievin D..., quarante ans, journalier. Ressent tout à coup en se lavant le visage quelque chose d'extraordinaire dans l'œil gauche. Fermant l'œil droit, il s'aperçoit que O. G. ne voyait plus aussi bien qu'auparavant.

Nous constatons une luxation complète du cristallin dans la chambre antérieure. La lentille est entièrement transparente de volume normal. Son bord supérieur a environ 2 millimètres du bord de la cornée. Son bord inférieur logé dans l'angle de la chambre. L'iris paraît de deux couleurs, bleu au-dessus de la lentille, verdâtre quand on le regarde à travers le cristallin.

La pupille est plutôt petite, plus étroite qu'à l'autre œil.

Rien d'intéressant à O. D. ; D..., n'a jamais souffert des yeux

avant. Depuis longtemps il remarquait que O. G. devenait cependant moins bon.

Quinze jours après ma consultation rien n'est changé, quand tout à coup le malade ressent des douleurs violentes ; l'œil rougit, larmoie abondamment et d'heure en heure la vue s'éteint graduellement.

Trois jours plus tard, je constate du glaucome aigu avec une pupille dilatée ad maximum ; injection périkeratique violacée ; léger œdème de la cornée un peu trouble dans la moitié inférieure. Tonus exagéré.

Vision abolie, réduite à la simple perception de la lumière ; les douleurs sont continues, mais un peu moins fortes qu'au moment où s'est déclaré le glaucome.

Opération le lendemain 19 juin 1890. Fin juillet V = 1/4.

OBSERVATION III

Recueillie par Fage dans le service du professeur Badal. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux.)

Garçon de quatorze ans, chétif, yeux saillants, type des yeux myopes. Chambre antérieure de profondeur moyenne. Pupille relativement étroite : 5 à 6 millimètres. Tremblement très prononcé de l'iris des deux côtés.

A l'image droite il est facile de voir que les cristallins sont déplacés. La luxation a lieu en haut ; le cristallin droit, s'est déplacé en haut et en dedans en laissant libre, sous forme de lunule, le tiers inféro-externe de la pupille ; le gauche a glissé directement en haut en abandonnant le tiers inférieur de la pupille. Les cristallins ont conservé une transparence parfaite, et les mouvements de la tête n'amènent aucun changement de situation des lentilles.

Examen du fond de l'œil. — Présente l'aspect habituel aux myopies avancées : staphylome postérieur d'un tiers, à bords nets ;

plaques disséminées de choroïdite atrophique. Pas de troubles apparents du corps vitré.

Vue très mauvaise. Cependant le sujet lit sans verres, à une distance de 8 centimètres, des caractères d'imprimerie de dimensions un peu au-dessus de la moyenne. Les verres concaves ne paraissent pas améliorer l'acuité. Au contraire, les verres convexes forts donnent les mêmes résultats que chez un opéré de cataracte.

OBSERVATION IV

Recueillie par Fage dans le service du Professeur Badal.

(Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux).

Jeune homme 49 ans, peintre en bâtiments, dit avoir eu mal aux yeux dans son enfance. Tous ses parents ont de bons yeux, lui a toujours eu mauvaise vue.

Reçut, il y a deux ans, un traumatisme à la tempe gauche et remarqua qu'à partir de ce moment il n'y voyait presque plus de l'œil gauche.

Au moment de sa consultation à la clinique de l'hôpital Saint-André, on constate à gauche un léger strabisme externe, un tremblement de l'iris accusé à la partie inférieure, un rétrécissement de la pupille. Le cristallin a conservé toute sa transparence, il est luxé en haut et en arrière, laissant à découvert le 1/3 inférieur de la pupille.

Le sujet présente une myopie élevée de 8 à 9 dioptries avec staphylome postérieur et choroïdite superficielle péripapillaire dans les deux yeux.

Astigmatisme cornéen.

Le malade n'a jamais eu de diplopie monoculaire ni de métamorphopsie. La vision de ce côté est très mauvaise et ne se trouve guère améliorée par la série de verres soit concaves, soit convexes.

OBSERVATION V

In thèse Sureau, Paris 1890-1891.

Jeune garçon 12 ans, a toujours eu une excellente santé. Dit n'avoir jamais vu très clair de l'œil gauche et se plaint d'avoir éprouvé d'une façon subite un trouble de la vision dans l'œil droit au moment où il se baissait pour ramasser un objet. Ne souffre pas, mais depuis l'accident il y voit trouble.

Auparavant, cet œil était atteint d'une myopie = — 7 dioptries.

A l'éclairage oblique, et dans les deux yeux, le cristallin, qui garde sa transparence apparaît très brillant dans la chambre postérieure. Son bord supérieur est au niveau de la partie inférieure de la pupille à gauche, tandis qu'à droite il en occupe encore les $\frac{2}{3}$ inférieurs, laissant entre lui et la partie supérieure du sphincter pupillaire un espace libre, en forme de croissant, dont la concavité regarde en bas. La chambre antérieure est déformée ; l'iris est saillant en bas et refoulé, au contraire, à la partie supérieure ; le moindre mouvement du globe donne lieu dans cette partie à un tremblement caractéristique.

Nous avons affaire à une luxation double dont l'une est complète et très probablement d'origine congénitale et l'autre incomplète, acquise, spontanée.

A l'ophtalmoscope, on remarque à gauche un colobome de la choroïde. A droite, la pupille paraît double par suite de la présence du cristallin luxé dans le champ pupillaire, et les deux parties ne peuvent être vues en même temps d'une façon également nette. Elle est accompagnée d'un staphylome postérieur progressif.

La tension de l'œil est légèrement inférieure à la normale
Tn — 1.

OBSERVATION VI

de Wecker. In thèse Duval, Paris 1874

Femme 31 ans, domestique. A eu de tout temps la vue très basse. Cependant a pu, étant enfant, apprendre à lire et à écrire, mais

n'a jamais distingué les visages des personnes qui vivaient avec elle.

Les cristallins luxés occupent une position symétrique dans les deux yeux. Acuité visuelle. O. D. dilaté avec l'atropine avait, avec des verres de $2\frac{3}{4}$, une acuité de $\frac{1}{2}$ de l'acuité normale, mais à peine. O. G. non dilaté, avait avec des verres de $-3\frac{1}{2}$, une acuité de $\frac{1}{7}$ de l'acuité normale et avec des verres de $+2\frac{3}{4}$, l'acuité était de $\frac{1}{3}$.

A l'éclairage oblique, on peut voir les deux cristallins luxés en haut derrière l'iris, et le bord inférieur de chaque cristallin appliqué directement contre l'iris, occupait la moitié supérieure de la pupille, en laissant à la pupille la forme d'un croissant de lune. L'iris est tombé en avant ; le cristallin transparent.

Rien de particulier au fond de l'œil. De Wecker pratique l'iridectomie sur les deux yeux, au lieu d'élection. Actuellement avec des verres de $+3$, la malade a une acuité visuelle $= \frac{1}{2}$ de la normale, et de près avec $+2$ elle lit facilement le n° 1.

OBSERVATION VII

In Thèse Gueude, Paris. 88-89.

Mme Eveline, trente-neuf ans, journalière vient consulter le 20 mai O. D. V $= \frac{1}{10}$. V. $= \frac{1}{6}$ avec -4 D.

O. G. Compte les doigts à trois mètres.

La malade présente à droite de la myopie avec staphylome et des taches d'atrophie choroïdienne ; à gauche une luxation du cristallin transparent dans le corps vitré.

Le fond de l'œil est éclairable, la papille entourée d'un staphylome. La luxation ne reconnaît pas d'origine traumatique, elle a été spontanée.

La malade ayant été placée sur une chaise, la tête penchée en avant, on fait une kératotomie supérieure avec iridectomie, puis avec l'anse de Taylor on fait plusieurs tentatives d'extraction du

cristallin dans le corps vitré. Mais celui-ci n'offrant aucune prise et se luxant davantage, on doit renoncer à l'extraire.

1^{er} juin. — La malade revient présentant des phénomènes glaucomateux. Tn = + 3.

3 juin. — Enucléation.

OBSERVATION VIII

Comperat. Union médicale de 1852, p. 286.

Dame de quarante-trois ans, travaillait la tête baissée, quand elle sentit subitement une perturbation dans O.G. Croyant avoir affaire à un corps étranger, elle se frotta légèrement sans parvenir à se débarrasser de cette incommodité. Son mari en essayant de lui aider aperçut dans l'œil même un petit corps arrondi qu'il compara à une « petite boule d'eau ». Cette dame vient me consulter quatre jours après l'accident.

A travers la cornée transparente de O.G. et au-devant de l'iris, on distingue un petit corps lenticulaire à circonférence nette et régulière, d'une transparence parfaite ; il occupe plus des 2/3 inférieurs de la chambre antérieure à l'état de repos, mais se déplace facilement dans les mouvements de la tête.

Déformation de l'iris en arrière et gêne de ses mouvements.

Courbure de la cornée est augmentée.

Tremblement de l'iris à l'occasion des mouvements brusques et volontaires dans les deux yeux, preuve assez plausible que le corps vitré a déjà subi un commencement de ramollissement (synchisis) et peut-être d'atrophie partielle.

Par ailleurs pas de trace d'irritation.

OBSERVATION IX

In clinica oculistica avril 1907. Prof. Giuseppe Albertotti de Padoue

Favaro Justina, 66 ans, vient à la clinique le 3 décembre 1906. La malade a joui d'une bonne vue jusqu'à 15 ans. A cette épo-

que, elle sentit se manifester une diminution de sa vue du côté gauche. Cette diminution de la vue allait en progressant ; du côté droit, elle daterait seulement de quinze jours et serait accompagnée de la sensation d'un corps flottant. Rien dans sa famille qui fasse penser à quelque affection oculaire.

Examen objectif. — O. D. Rien d'anormal à la membrane externe de l'œil. La chambre antérieure est plus profonde que la normale ; l'iris tremblottant ; la pupille, ronde et noire. En faisant regarder la malade un peu en bas, on voit, en arrière de la partie inférieure de l'iris, le cristallin mobile, transparent, qui surpa $\frac{2}{3}$ e un peu en haut le bord inférieur de la pupille.

OD. V = $\frac{5}{7,5}$ Hp. 13 D.

En regardant en bas, la malade arrive à enfiler une aiguille.

OG. — Aucune adhérence de la conjonctive. Cornée transparente. La chambre antérieure est occupée par le cristallin qui se présente de grandeur normale. Le cristallin est enveloppé dans sa capsule ; son bord est net, sans trace de dentelures qui puissent faire penser à un tiraillement de la zonule de Zinn. Le cristallin luxé ne présente pas l'aspect d'une goutte d'huile, le noyau est opaque, la substance corticale seule conserve une certaine transparence, mais pas complètement. L'iris est repoussé en arrière et la pupille est plutôt dilatée, ce qui fait qu'à l'examen ophtalmoscopique, il est encore possible d'apercevoir autour du bord pupillaire le fond rouge de l'œil. La malade ne souffre pas. La tension de l'œil est un peu augmentée. Vue non améliorée par une lentille négative.

6 décembre 1906. — Opération comme s'il s'agissait de cataracte. Extraction du cristallin droit avec cuiller de Pagenstecher (Iridectomie supérieure). Peu de perte de vitré.

30 décembre. — La malade quitte la clinique avec :

V = $\frac{5}{20}$ et Hp 10 D.

malgré un astigmatisme irrégulier en cercle de 10 dioptries.

À l'examen ophtalmoscopique le vitré apparaît un peu tourbeux.

On distingue assez bien la pupille qui ne nous présente rien d'anormal.

Processus de guérison normal, sans aucune complication.

OBSERVATION X

(Inédite)

Communiquée par M. le Prof. agrégé Cabannes.

Demoiselle X..., vingt-deux ans, a toujours eu une mauvaise vue depuis sa plus tendre enfance. Père, frère et sœur, myopes. A trois ans reçut dans les yeux un bol de bouillon brûlant, cependant pas de cicatrice de brûlure. Myopie croissante, mais ne porte pas de verres. Cependant, à dix huit ans, elle a consulté un oculiste qui lui a donné des verres dont elle ne peut nous dire le n°, et dont elle ne s'est servi que très irrégulièrement. Elle continue ses travaux habituels sans remarquer rien d'anormal du côté de ses yeux, si ce n'est sa forte myopie.

Vers novembre ou décembre 1904, elle remarque elle-même que ses yeux sont agités continuellement d'un tremblotement, surtout prononcé à gauche, à l'occasion des mouvements du globe oculaire (nystagmus). Elle ne s'effraie cependant pas et ne consulte aucun spécialiste. Elle se lave simplement les yeux à l'eau boriquée chaude.

Bientôt le nystagmus augmente. Peu à peu la vue devient plus mauvaise. Migraines très fortes et très douloureuses. Par instants diplopie, tout travail devient impossible. Quand la tête est baissée la vue se trouble brusquement et complètement ; la lecture devient même très difficile. A chaque instant la malade rejette la tête en arrière et l'agite latéralement. Elle a alors, à un moment, la sensation que quelque chose s'est remis en place dans son œil. Ce qu'elle replace ainsi c'est son cristallin. Après cet exercice, qui revient en moyenne toutes les cinq minutes, la vue se trouve un peu améliorée et la malade peut continuer l'occupation à laquelle elle se livrait.

La malade vient nous consulter le 21 décembre 1904. Elle présente à ce moment du tremblement de l'iris des deux côtés. Le cristal-

lin droit et légèrement luxé en bas ; le cristallin gauche est à moitié tombé dans la pupille de telle sorte que son rebord supérieur se présente très nettement à l'éclairage oblique et forme à l'examen ophtalmoscopique comme une sorte de ligne courbe à convexité supérieure, divisant la pupille en deux parties : une partie supérieure privée de cristallin, une partie inférieure occupée par cet organe.

L'extrémité supérieure du cristallin penchait légèrement en avant et dès que la malade se couchait, elle penchait en arrière de telle sorte que le cristallin basculait d'avant en arrière, autour de son bord inférieur qui lui servait de charnière. La partie inférieure de l'iris, lorsque la malade penche la tête en arrière, bombe légèrement en avant par suite de la pression produite par le bord inférieur du cristallin. Il arrive à la malade de voir double et même triple : elle voit une image de O. D. et deux images de O. G.

La chute du cristallin s'accroît progressivement au point que, au bout de quelques mois, on ne voit plus que le rebord supérieur du cristallin et la malade ressent quelques lancées douloureuses.

Malgré la défense que nous lui avons faite de tout mouvement brusque, elle se rend à Paris, (mars 1905) et après avoir dansé dans un bal, elle est prise brusquement, sans cause apparente, de douleurs très violentes, intolérables, dans O. G., s'irradiant dans tout le côté correspondant de la tête, mais surtout au-dessus de l'œil gauche. Celui-ci s'injecte de sang, prend une teinte violette. La malade a la sensation que son œil est énorme et va jaillir hors de l'orbite. Enfin elle va consulter le D^r Trousseau aux Quinze-Vingts et ce dernier l'opère d'urgence en pleine crise de glaucome suraigu.

(Incision à la partie supérieure de la cornée, probablement au couteau de de Græfe. Extraction du cristallin. Il s'ensuit un enclavement de l'iris et longtemps la malade ne voit pas de cet œil. Milieux troubles. Depuis, la vision s'est améliorée. Actuellement avec sphérique + 10, V = 1/10).

O. D. — Myopie de 1D. environ. Pas d'astigmatisme cornéen, mais astigmatisme cristallinien pour lequel on avait ordonné O° + 1,50. Pas de lésions ophtalmoscopiques, pas plus à droite qu'à gauche.

La luxation du cristallin droit ne fit que s'accroître comme dans O. G. et on pourrait reproduire la même description clinique concernant O. G. Afin d'éviter les accidents glaucomateux funestes survenus à O. G., nous avons proposé à la malade l'extraction du cristallin transparent.

Cette opération a été pratiquée le 9 juin 1905; dilatation préalable de l'œil par l'atropine; anesthésie avec la cocaïne; fixation de l'œil. Puis nous avons fait pénétrer une aiguille à dissection à environ 3^{mm} en dehors du limbe, au niveau du diamètre horizontal. Cette aiguille est tenue par un aide qui repousse le cristallin en avant, car il penchait dans le corps vitré par son extrémité supérieure. Cette petite manœuvre fit passer le cristallin dans la chambre antérieure. Je me contentais de faire alors une vaste incision linéaire avec le couteau triangulaire et le cristallin sortit très aisément. Il sortit à peine une goutte de vitré, et par la suite la cicatrisation s'opéra très régulièrement avec une très faible adhérence de l'iris.

A l'heure actuelle nous avons pu constater qu'avec O. D. ($0^{\circ} \pm 3 \pm 10$), $V = 2/3$. La lecture et tous les travaux de près se font avec des verres appropriés très aisément et sans aucune fatigue.

OBSERVATION XI

Subluxation bilatérale du cristallin. Myopie de six dioptries environ (héréditaire). Glaucome aigu héréditaire.

(Quelques cas de Glaucome chez les myopes, Cabannes et V. Picot.)

Jeune homme de vingt-huit ans, docteur en médecine, myope de 5 D. 50. Bonne santé générale, atteint, le 12 mai 1901, d'une attaque de glaucome aigu bilatéral.

A. H. — Mère myope comme lui, énuclée à droite en 1886 pour glaucome hémorragique. Œil gauche également glaucomateux présente une subluxation du cristallin.

Sœur myope de 7 D., n'a pas présenté de phénomènes glaucomateux.

Histoire de la maladie. — La maladie évolue, semble-t-il, depuis deux ans environ. Vers mai 1901, le malade consulte un spécialiste qui porte le diagnostic de glaucome myopique. Le 12 mai vient demander conseil à M. Badal à la clinique de l'hôpital Saint-André.

Le malade ne peut tenir en place tellement il souffre. Les instillations de pilocarpine et les injections de morphine ne lui procurent aucun soulagement.

O. D. — A l'examen oculaire, on constate une injection conjonctivale et périkeratique très intense. Chambre antérieure peu profonde. Iris terne, décoloré. Excavation glaucomateuse très nette. T + 1.

O. G. — Injection oculaire moins vive. Augmentation de T. moins marquée. Rien du côté des membranes profondes.

Un phénomène de la plus grande importance existe dans les deux yeux : c'est un tremblement de l'iris assez prononcé, qui est l'indice d'une subluxation bilatérale du cristallin.

La mesure de l'acuité visuelle nous donne :

à droite — V = 0,

à gauche — V = 1/10.

13 mai. — Arrachement du nasal à droite (opération pratiquée par M. le professeur Badal).

20 mai. — Arrachement du nasal à gauche.

24 mai. — Les douleurs ont disparu.

28 mai. — O. G. V = 1 avec — 5,50 sphérique. O. D. V = 1/10. avec — 7.

OBSERVATION XII

Communiquée par M. Aubaret, oculiste du bureau de bienfaisance.

Mlle M. M..., quarante-deux ans, cultivatrice, à Talais (Médoc) vient consulter le 13 mai 1903, pour une poussée douloureuse à O. D. qui a débuté il y a trois mois.

Cette malade qui n'a jamais jusqu'ici consulté de spécialiste, présente une myopie très accusée pour laquelle elle n'a jamais suivi de traitement. Sa vision a, depuis quelques années, faibli d'une façon considérable, surtout du côté droit, cela ne l'a même pas décidée à venir trouver un oculiste.

Les antécédents de cette malade n'offrent rien de particulier à signaler. Son état général est un peu débile. Depuis l'enfance elle a eu des palpitations de cœur qui surviennent à la moindre fatigue et à la moindre émotion. A vingt quatre ans, a eu la scarlatine. Elle a été réglée d'une façon très irrégulière. N'a jamais songé au mariage et a vécu seule, se livrant à des travaux d'intérieur sédentaires.

Le premier examen révèle une luxation double du cristallin sur des yeux fortement myopes.

O. D. — qui depuis trois mois est devenu douloureux par intermittences, présente un staphylome annulaire très accusé avec de la choroïdite postérieure myopique. Les milieux de l'œil sont troubles, aussi on ne peut mesurer, même approximativement, le degré de myopie. La tension de l'œil est exagérée $T = + 2$.

La pupille est dilatée et ne réagit pas à la lumière. L'iris paraît altéré dans sa coloration ; il est brûnâtre en bas et gris-bleuâtre dans sa partie supéro-interne.

Le cristallin luxé est resté transparent.

Il est déplacé en dehors et en bas, le bord de la lentille est visible dans le champ pupillaire.

Ces poussées glaucomateuses se traduisent extérieurement par une injection assez marquée de la conjonctive O. G. présente également un staphylome postérieur annulaire. Le cristallin est couché dans le fond de l'œil au niveau de l'équateur, on l'aperçoit facilement par l'éclairage endoscopique ou orthoscopique de l'œil beaucoup mieux qu'avec l'ophtalmoscope.

La vision chez cette malade est très affaiblie, du côté droit elle distingue à peine les doigts ; du côté gauche l'acuité est réduite à 1/20.

En présence de la gravité de ces symptômes, la malade est mise au repos absolu et des collyres myotiques sont administrés.

La conduite à tenir en pareil cas étant difficile à préciser, les poussées glaucomateuses du côté de O. D. paraissant devoir récidiver, la seule hypothèse à envisager est celle d'une énucléation. Mais après 15 jours de traitement, les phénomènes douloureux s'étant amendés, on songe à pratiquer l'extraction de la lentille et à conserver l'œil. Bien que la tension de l'œil soit encore très exagérée, l'opération est décidée.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront les suivantes :

1^o La luxation spontanée du cristallin se différencie de la luxation traumatique et de la luxation congénitale.

2^o Elle se montre de préférence chez les myopes, entre 20 et 40 ans.

3^o Elle est liée à des affections rétino-choroïdiennes et à un affaiblissement de la zonule de Zinn, affaiblissement qui peut être congénital.

4^o C'est une luxation progressive.

5^o Elle est toujours grave car, par suite de la chute du cristallin sur la zone ciliaire, elle se complique le plus souvent de glaucome, qui peut amener la perte complète de l'œil.

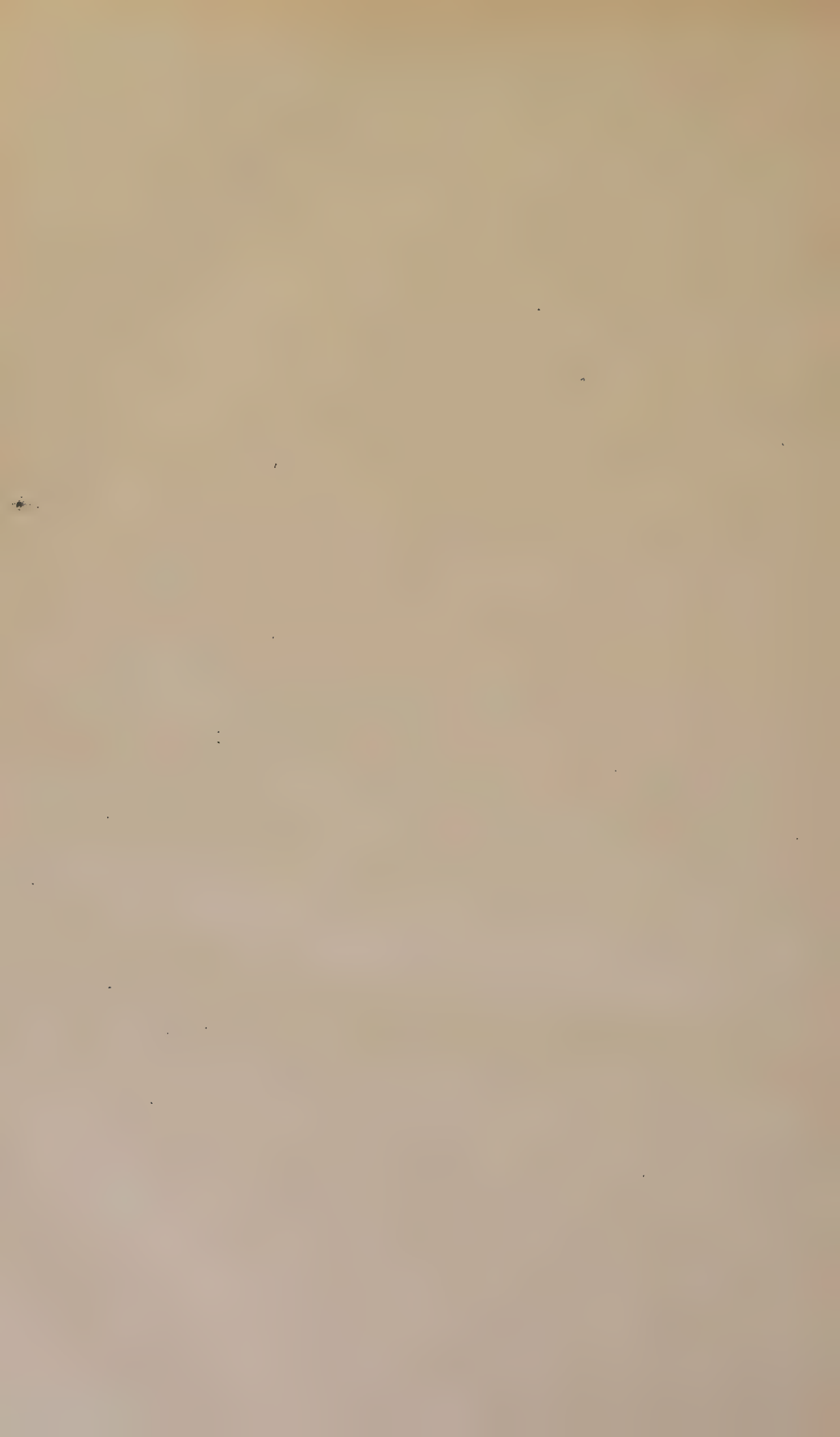
6^o Le traitement qui semble le mieux convenir est l'extraction du cristallin, pratiquée dès qu'on le pourra, avant l'apparition des symptômes d'inflammation ou de glaucome ou dès leur apparition ; autrement on laisse subsister les troubles particuliers aux luxations et le malade reste exposé aux complications que nous avons décrites plus haut.

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
BADAL.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 juillet 1907

Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué.
A. PITRES.



BIBLIOGRAPHIE

- ADAMÜCK. — Archiv. für Augenheilkunde.
- AGNEW. — Med. News. Sept. 1886. *The British Medical Jour.* 1887.
- ANDRÉ. — Annales d'oculistique. 1875.
- ALBERTOTTI. — Clinica oculistica. Avril 1907.
- CABANNES ET PICOT. — Quelques cas de glaucome chez des myopes
(Bx. 1901).
- CADIAT. — Thèse d'agrégation. Paris 1876.
- CALISTE. — Thèse Paris, 1884-85.
- COMPÉRAT. — *Gazette des Hôpitaux*. 1852.
- DESCHAMPS. — Annales d'oculistique. 1895.
- DUJARDIN. — *Journal des Sciences médicales de Lille*.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DUVAL. -- Thèse Paris. 1874.
- FABERT. — Société néerlandaise d'ophtalmologie (25 mai 1902).
- FAGE. — Annales d'oculistique. 1897.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de pathologie externe.
- FRYER. — *American Journal of ophtalmologie*. 1884.
- GALESOWSKI. — Recueil d'ophtalmologie. 1882-1888.
- GUEUDE. — Thèse Paris. 1888-89.
- KNAPP. — New-York.
- KUSS ET DUVAL. — Traité de Physiologie.

MIQUEL. -- *Bull. gén. de thérap. et Annales d'ocul.*, 1846.

MONOYER. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1867.

NAQUART. -- Thèse Paris, 1871.

RODET. — Thèse Paris, 1878.

SNEGUIREW. — Société des oculistes de Moscou (Avril 1901).

SUREAU. — Thèse Paris, 1890-91.

WECKER (DE). — Manuel d'ophtalmologie.

WEIL. — *Annales d'oculistique*, t. 128, p. 292.
